

АНОМАЛЬНА МАТКОВА КРОВОТЕЧА

РОЗГЛЯД КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

ВСТУП

Одним із найпоширеніших симптомів при аномальних маткових кровотечах (АМК), з якими зустрічається в своїй клінічній практиці лікар акушер-гінеколог, є тяжка (рясна) менструальна кровотеча. Її визначають як надмірну менструальну крововтрату, що порушує фізичний стан, соціальні, емоційні, матеріальні умови та якість життя жінки в цілому [1, 2].

Згідно з даними ВООЗ, поширеність АМК коливається в межах 8–27%. Ця проблема може виникнути в будь-якому віці (від менархе до періоду згасання менструальної функції). Тяжка менструальна кровотеча найбільш поширена у віці 30–45 років, який є періодом найвищої соціальної та професійної активності. Проблему могли б вирішити радикальні методи лікування, проте більшість жінок бажали б уникнути цього незворотного кроку. Особливо гостро дане питання постає перед жінками з нереалізованими репродуктивними планами. Слід зазначити, що необґрунтовані та часті вишкрібання порожнини матки в подальшому можуть призвести до морфо-функціональних змін в ендометрії, спричинити порушення репродуктивної функції та стати однією з причин безпліддя, невдалих спроб екстракорпорального запліднення, невиношування, ускладнень перебігу вагітності та пологів [1, 3].

Потрібно відзначити, що на сьогоднішній день недостатньо вивчені механізми, які контролюють маткову кровотечу. Відомо, що об'єм менструальної крові залежить від тону маткових судин, системи гемостазу та регенераторної здатності ендометрія. Згідно з результатами досліджень останніх десятиліть, важливу роль в патогенезі АМК відіграють підвищений фібриноліз в ендометрії та зміна в балансі простагландинів. Сучасні дослідження свідчать про те, що ендометрій жінок, котрі страждають на АМК, містить підвищений рівень активаторів плазміногену, що супроводжується активізацією реакції плазміноген–плазмін. Це призводить до вираженої місцевої фібринолітичної активності, та як наслідок – до посилення маткової кровотечі. Враховуючи вищенаведені новітні дані, можна вважати, що лікування АМК з використанням інгібіторів фібринолізу та нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) є патогенетично обґрунтованим [1, 5, 6].

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Наводимо клінічний випадок тяжкої маткової кровотечі у пацієнтки К., 25 років, яка була направлена на лікування до відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України» з діагнозом: «АМК. Вторинна анемія середнього ступеня вираженості. Вторинне безпліддя. Вроджена вада серця – недостатність мітрального клапана III ст. (стан після протезування мітрального клапана)».

На момент огляду пацієнтка висловлювала скарги на рясні менструальні виділення, загальну слабкість. Протягом трьох днів за медичною допомогою не зверталася, лікування не отримувала.

У 2009 р. пацієнтці була виконана операція ендопротезування мітрального клапана та призначена позитивна антикоагулянтна терапія у вигляді Клексану по 0,2 мл на добу.

Анамнез: менархе в 12 років. Спочатку менструації були регулярними, безболісними, по 4–5 днів через 25 днів. Від січня 2014 р. (через 6 міс. після проведення медикаментозного аборт) менструації стали рясними та болючими. Пологів та викиднів не було.

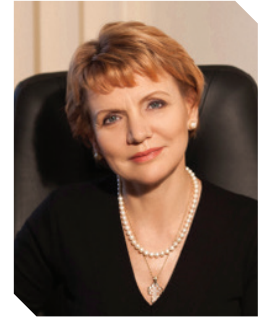
У 2015 р. пацієнтка двічі (в липні та грудні) зверталась у гінекологічне відділення за місцем проживання з приводу АМК, у зв'язку з чим в обох випадках з гемостатичною метою були виконані вишкрібання стінок порожнини матки. За даними патогістологічних заключень, в обох випадках була діагностована проста залозиста гіперплазія ендометрія.

При об'єктивному огляді значних змін виявлено не було, окрім «мелодії роботи штучного клапана», пов'язаного з протезуванням мітрального клапана.

Під час УЗД виявлена шаровидна форма та неоднорідна ехоструктура матки, що є характерним для аденоміозу. Ендометрій 8 мм, неоднорідної ехоструктури. По передній стінці порожнини матки, ближче до дна, виявлене патологічне ехопозитивне доплернегативне утворення неправильної форми розмірами 8x4 мм із нечітким контуром, неоднорідної структури та підвищеної щільності. Яєчники звичайних розмірів та структури (рис. 1).

Заклучення: УЗ-ознаки дифузної форми аденоміозу. Синехії порожнини матки? Поліп ендометрія?

Дані лабораторних досліджень (біохімічний аналіз крові, коагулограма, загальний аналіз сечі) – без особливостей.



Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України»

ORCID: 0000-0002-5498-4143

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

ORCID: 0000-0003-3085-3285

О.В. ЗАНЬКО

аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

ORCID: 0000-0002-1393-4115

Н.В. ЯРОЦЬКА

молодший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

ORCID: 0000-0002-0134-920X

Контакти:

Занько Олена Василівна
ДУ «ІПАГ НАМН України»,
відділення ендокринної гінекології
04050, Київ, П. Майбороди, 8
тел.: +38 (044) 272 10 72
e-mail: ipag.gyn@femina-health.org

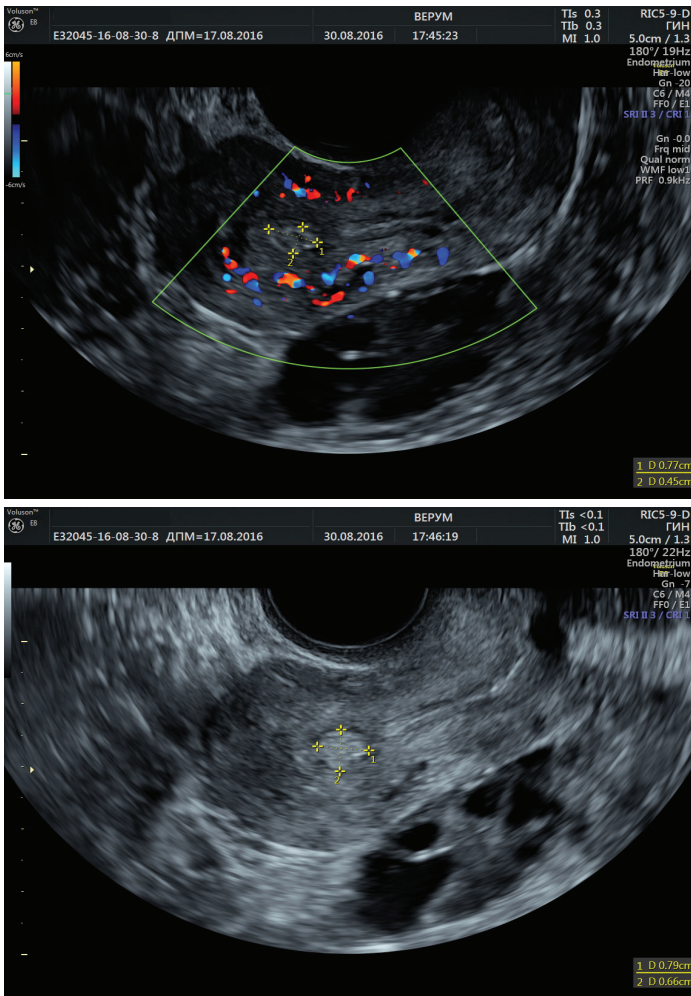


Рисунок 1а, б. Ехографічна картина матки до проведення гістероскопії. Пацієнтка К.

Загальний аналіз крові: еритроцити $-2,1 \times 10^{12}$ г/л, гемоглобін – 82 г/л, феритин – 6,1 нг/мл.

Зважаючи на результати клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, встановлено клінічний діагноз: АМК-А (АМК, пов'язана з аденоміозом). Поліп ендометрія? Синехії порожнини матки? Залізодефіцитна анемія. Вроджена вада серця – недостатність мітрального клапана III ст. (стан після протезування мітрального клапана).

Враховуючи категоричну відмову пацієнтки та її родичів від проведення гістероскопії, жінці було призначено консервативну гемостатичну терапію.

Слід зазначити, що метод лікування АМК у відповідності до Уніфікованого клінічного протоколу «Аномальні маткові кровотечі» обирається з урахуванням тяжкості стану, супутньої патології та наявності протипоказань. Для лікування гострих АМК може бути використаний один із наступних лікарських засобів: транексамова кислота, комбінований оральний контрацептив, пероральні прогестини. В разі наявності дисменореї можуть також призначатись НПЗП [1].

В даному клінічному випадку, з огляду на наявність вродженої вади серця та ризику тромботичних ускладнень, оральний контрацептив пацієнтці був протипоказаний. Тому для лікування АМК ми обрали транексамову кислоту (препарат Виданол).

При виборі цього препарату ми керувались його властивостями: транексамова кислота внаслідок її структурної подібності з лізином за конкурентним типом блокує процес активації плазміногена і відповідно – перетворення його у плазмін, тим самим вона пригнічує фібриноліз, в тому числі в ендометрії, та здійснює системний гемостатичний ефект без зміни параметрів згортання крові. Крім того, транексамова кислота чинить протиалергічний та протизапальний вплив за рахунок стимуляції утворення кінінів та інших активних пептидів.

За даними різних авторів [3, 4, 5], антифібринолітична активність транексамової кислоти в 6–10 разів перевершує дію інших синтетичних антифібринолітичних препаратів, наприклад, ϵ -амінокапронової кислоти. Встановлено, що призначення транексамової кислоти значно зменшує об'єм крововтрати та потребу в гемотрансфузії. При цьому перевагою даної речовини в порівнянні з іншими гемостатичними препаратами є те, що застосування транексамової кислоти не супроводжується збільшенням числа тромботичних ускладнень та пов'язаних із ними смертельних випадків. Проведені дослідження щодо тромбоутворюючої здатності транексамової кислоти засвідчують, що теоретичний ризик розвитку тромбозу можливий лише при збільшенні рекомендованої дози у 400 разів. За даними низки досліджень [5, 8, 9], транексамова кислота забезпечує зниження менструальної крововтрати в середньому на 54% (наприклад, у дослідженні J. Bonnar, V.L. Sheppard [9] середня крововтрата зменшилась із 164 до 75 мл), тоді як застосування етамзилату її практично не знижує (так, у тому ж дослідженні при застосуванні цього препарату середня крововтрата складала 175 мл до лікування та 170 – під час терапії [9]). Досвід успішного застосування транексамової кислоти при лікуванні АМК та акушерських кровотеч узагальнений в систематичному Кокранівському огляді від 2007 р., до якого увійшли дані 211 рандомізованих контрольованих досліджень (20 781 учасників) ефективності та безпеки застосування інгібіторів фібринолізу [4, 6].

Оскільки дія НПЗП обумовлена пригніченням синтезу простагландинів, що призводить до зміни співвідношення між простагландінами і тромбоксаном та сприяє вазоконстрикції в матці, ми також додали до лікувального комплексу диклофенак у вигляді ректальних супозиторіїв.

З огляду на наявність залізодефіцитної анемії та непереносимість пероральних форм пацієнтці також було призначено антианемічний препарат Феринжект (карбоксимальтозат заліза) – високомолекулярний і стабільний залізо-вуглеводний комплекс, що складається з перинуклеарного ядра гідроксиду заліза та вуглеводного ліганда. Після парентерального введення макромолекулярний комплекс препарату Феринжект захоплюється макрофагами ретикулоендотеліальної системи і розпадається на залізо та карбоксимальтозу. Залізо зв'язується з транспортним білком трансферином і переноситься до органів-депо. До переваг даного препарату відносять відсутність декстрану, який може викликати серйозні алергічні реакції. Завдяки тому, що залізо зв'язано в карбоксимальтозному комплексі, воно, на відміну від вільного заліза, не стимулює синтез вільних радикалів, а також не підсилює переокислені ліпідів, тому не виявляє токсичної дії на ендотелій судин.

Через це за необхідності можливе одночасне безпечно введення великої дози препарату (1000 мг за короткий час – 15 хв). Це дозволяє швидко компенсувати недостатність заліза, уникаючи в більшості випадків проведення гемотранфузії і, відповідно, пов'язаних з нею ризиків [6, 8]. Слід відзначити, що в даному випадку вже через 1 тиждень після застосування 1000 мг препарату Феринжект рівень гемоглобіну в пацієнтки піднявся з 82 до 117 г/л. У подальшому їй було призначено препарат Мальтофер, вибір якого був обумовлений його приналежністю до групи неіонних сполук на основі гідроксидполімальтозного комплексу тривалентного заліза, що має перевагу порівняно з препаратами солей двовалентного заліза з огляду на меншу кількість побічних ефектів і токсичних проявів.

Таким чином, **комплекс медикаментозної терапії** включав: Виданол (транексамова кислота) в дозі 1,5 г кожні 8 годин протягом 5 днів, диклофенак натрію у вигляді ректальних супозиторіїв по 100 мг упродовж 5 діб, Феринжект (карбоксимальтозат заліза) в дозі 1000 мг внутрішньовенно крапельно одноразово з подальшим призначенням через 1 тиждень Мальтоферу по 1 таблетці 3 рази на добу протягом місяця.

Слід зазначити, що вже впродовж перших 12 годин на тлі застосування комбінації Виданол + диклофенак натрію в пацієнтки спостерігалось зменшення обсягу крововтрати, зниження інтенсивності больового синдрому, а також поліпшення загального стану. На тлі стабілізації загального стану хворої, зменшення інтенсивності кров'янистих виділень та поліпшення лабораторних показників після отриманої згоди пацієнтки було проведено діагностичну гістероскопію (рис. 2). Під час проведення втручання виявлено: порожнина матки довжиною до 6 см, у верхній її третині між правою боковою та передньою стінками і дном матки – щільні синехії. Під ультразвуковим контролем виконано розсічення та роз'єднання внутрішньоматкових синехій. З метою профілактики рецидиву виникнен-

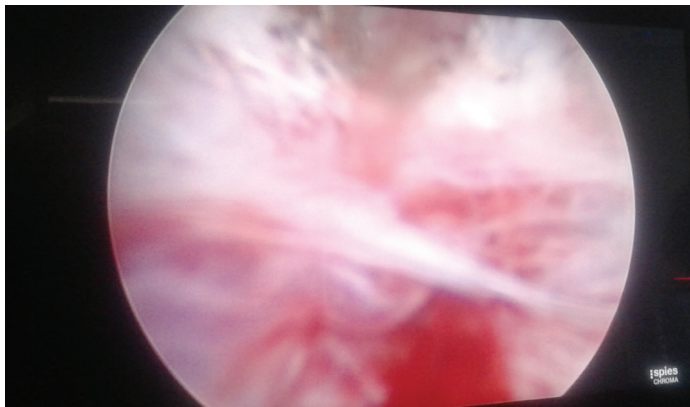


Рисунок 2. Гістероскопічна картина матки. Пацієнтка К.

ня даної патології в порожнину матки було введено проти-злуковий гель Дефенсаль, який завдяки наявності гіалуронової кислоти здійснює регенеруючу біологічну функцію. В післяопераційному періоді пацієнтка отримувала також антибіотикопрофілактику та комплексну протизапальну терапію.

У наступних двох менструальних циклах з метою профілактики АМК пацієнтка приймала від 1 до 5 дня менструації Виданол по 500 мг 3 рази на добу, а також застосовувала супозиторії з диклофенаком за день до початку менструації та впродовж 5 днів циклу.

Через 2 місяці під час чергової менструації жінці було встановлено внутрішньоматкову систему (ВМС) «Джайдес», яка вивільняє щоденно 13,5 мг левоноргестрелу.

При контрольному огляді через 3 місяці після встановлення ВМС скарги в пацієнтки були відсутні (рис. 3), кровотеч та болю не було, загальний стан покращився. В аналізі крові відзначалася нормалізація показників червоної крові, зокрема рівень гемоглобіну піднявся до 125 г/л, рівень феритину – до 13,6 нг/мл.

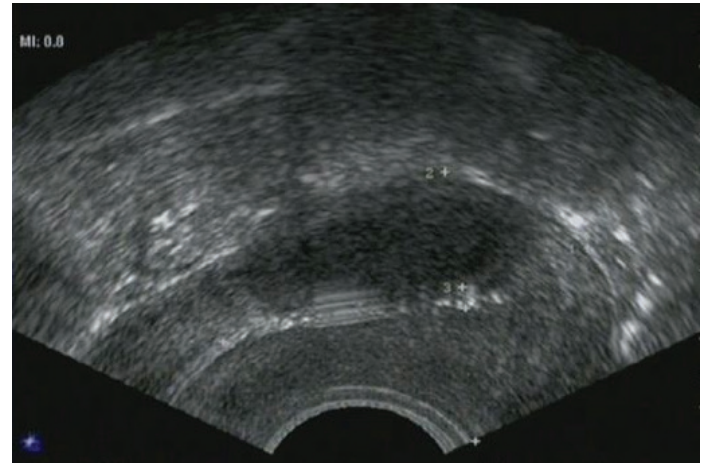


Рисунок 3. Ехографічна картина матки через 3 місяці після лікування (ВМС у порожнині матки). Пацієнтка К.

ВИСНОВОК

Вищенаведений клінічний випадок може бути прикладом ефективного та безпечного лікування тяжкої АМК за допомогою транексамової кислоти в пацієнтки репродуктивного віку з важкою соматичною патологією (вродженою вадою серця), що в свою чергу потребує постійного і безперервного застосування антикоагулянтів. Перевагою транексамової кислоти у порівнянні з іншими гемостатичними препаратами є те, що її застосування не супроводжується збільшенням числа тромботичних ускладнень, в тому числі у пацієнток із кардіологічною патологією.

Застосування транексамової кислоти рекомендовано багатьма міжнародними настановами, і безпечно її використання доведено низкою клінічних досліджень. Тому призначення транексамової кислоти у комбінації з НПЗП та антианемічною терапією є ефективним у лікуванні АМК та може застосовуватись з метою профілактики маткової кровотечі, навіть у пацієнток із соматичною патологією, яка характеризується підвищеним ризиком тромбоутворення [4, 5, 7]. UA/XMP/1116/0234

З інформацією щодо медичного застосування препарату Феринжект можна ознайомитись на сайті www.drلز.com.ua.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Наказ МОЗ України № 353 від 13.04.2016 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах». Order of the MOH of Ukraine from 13.04.2016 N 353. "About approval and introduction of medical and technological documents for standardization of medical care in abnormal uterine bleedings."
2. Асоціація гінекологів-ендокринологів України. Національний консенсус щодо ведення пацієнток із аномальними матковими кровотечами / Репродуктивна ендокринологія. – 2015. – № 1. – С. 7–12.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Association of Gynecologist and Endocrinologist of Ukraine.

"National consensus of management patients with abnormal uterine bleeding." *Reproductive Endocrinology* 1 (2015): 7–12.

3. Gultekin, M., Diribas, K., Buru, E., Gökçeoglu, M.A. "Role of a non-hormonal oral anti-fibrinolytic hemostatic agent (tranexamic acid) for management of patients with dysfunctional uterine bleeding." *Clin Exp Obstet Gynecol* 36.3 (2009): 163.

4. Henry, D.A., Carles, P.A., Moxey, A., et al. "Antifibrinolytic use for minimising perioperative allogenic blood transfusion." *Cochrane Database Syst Review* (2007): Issue 4.

5. Ali, A., Sumbul, S., Shaista, R., Syed, T. "Impact of tranexamic acid on quality of life in women with heavy menstrual bleeding." *Pak J Surg* 32.1 (2016): 44–8.

6. Srivaths, L.V., Dietrich, J.E., Yee, D.L., et al. "Oral tranexamic acid versus combined oral contraceptives for adolescent heavy menstrual bleeding: a pilot study." *J Pediatr Adolesc Gynecol* 28 (2015): 254–7.

7. Hodgson, S., Larvin, J.T., Dearman, Ch. "What dose of tranexamic acid is most effective and safe for

adult patients undergoing cardiac surgery?" *Interact Cardio Thorac Surg* 21.3 (2015): 384–8.

8. Danielson, B.G. "Structure, chemistry, and pharmacokinetics of intravenous iron agents." *J Am Soc Nephrol* 15.2 (2004): 93–8.

9. Bonnar, J., Sheppard, B.L. "Treatment of menorrhagia during menstruation: randomised controlled trial of ethamsylate, mefenamic acid, and tranexamic acid." *BMJ* 313 (1996): 579. □

АНОМАЛЬНА МАТКОВА КРОВОТЕЧА

Клінічний випадок

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заст. директора з наукової роботи, зав. відділенням ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

Н.В. Косей, д. мед. н., гол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

О.В. Занько, аспірант відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

Н.В. Яроцька, мол. наук. співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «ІПАГ НАМН України»

У статті розглянуто клінічний випадок тяжкої маткової кровотечі у пацієнтки з недостатністю мітрального клапана III ступеня після протезування мітрального клапана, якій було встановлено клінічний діагноз аномальна маткова кровотеча (АМК). Враховуючи категоричну відмову пацієнтки та її родичів від проведення гістероскопії, жінці було призначено консервативну гемостатичну терапію.

З огляду на вроджену ваду серця та ризик тромботичних ускладнень оральний контрацептив пацієнтці був протипоказаний. Тому для лікування був обраний препарат транексамової кислоти Виданол в дозі 1,5 г кожні 8 годин протягом 5 днів, а також нестероїдний протизапальний препарат диклофенак натрію у вигляді ректальних супозиторіїв по 100 мг упродовж 5 днів. Враховуючи вторинну анемію середнього ступеня та вираженість клінічних проявів, пацієнтці був також призначений антианемічний препарат Феринжект в дозі 1000 мг внутрішньовенно крапельно одноразово з подальшим призначенням через 1 тиждень Мальтоферу по 1 таблетці 3 рази на добу протягом місяця.

Упродовж перших 12 годин на тлі застосування комбінації Виданол + диклофенак натрію у пацієнтки спостерігалось зменшення обсягу крововтрати, зниження інтенсивності болювого синдрому, а також поліпшення загального стану. На тлі стабілізації загального стану хворої під ультразвуковим контролем було виконано розсічення та роз'єднання виявлених під час діагностичної гістероскопії внутрішньоматкових синехій. З метою профілактики рецидиву виникнення даної патології в порожнину матки було введено протизлизуковий гель Дефенсаль. В післяопераційному періоді пацієнтка отримувала також антибіотикопрофілактику та комплексну протизапальну терапію.

У наступних двох менструальних циклах з метою профілактики АМК пацієнтка приймала від 1 до 5 днів менструації Виданол по 500 мг 3 рази на добу, а також застосовувала диклофенак натрію у вигляді супозиторіїв за день до початку менструації та впродовж 5 днів циклу. Через 2 місяці під час чергової менструації жінці було встановлено внутрішньоматкову систему (ВМС), яка вивільняє щоденно 13,5 мг левоноргестрелу. При контрольному огляді через 3 місяці після встановлення ВМС скарги в пацієнтки були відсутні, кровотеч та болю не було, загальний стан покращився.

Вищенаведений клінічний випадок може бути прикладом ефективного та безпечного лікування тяжкої АМК у пацієнтки репродуктивного віку з важкою соматичною патологією. Призначення транексамової кислоти в комбінації із нестероїдним протизапальним препаратом та антианемічною терапією є ефективним у лікуванні АМК та може застосовуватись з метою профілактики маткової кровотечі.

Ключові слова: клінічний випадок, аномальна маткова кровотеча, недостатність мітрального клапана, транексамова кислота, Виданол, диклофенак натрію, Феринжект, Мальтофер.

АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Клинический случай

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, зам. директора по научной работе, зав. отделением эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

Н.В. Косей, д. мед. н., гл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

Е.В. Занько, аспирант отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

Н.В. Яроцкая, мл. науч. сотрудник отделения эндокринной гинекологии ГУ «ИПАГ НАМН Украины»

В статье рассмотрен клинический случай тяжелого маточного кровотечения у пациентки с недостаточностью митрального клапана III степени после протезирования митрального клапана, которой был поставлен клинический диагноз аномальное маточное кровотечение (АМК). Учитывая категорический отказ пациентки и ее родственников от проведения гистероскопии, женщине была назначена консервативная гемостатическая терапия.

С учетом врожденного порока сердца и риска тромботических осложнений оральный контрацептив пациентке был противопоказан. Поэтому для лечения был выбран препарат транексамовой кислоты Виданол в дозе 1,5 г каждые 8 часов в течение 5 дней, а также нестероидный противовоспалительный препарат диклофенак натрия в виде ректальных супозиториев по 100 мг в течение 5 суток. Учитывая вторичную анемию средней степени и выраженность клинических проявлений, пациентке был также назначен антианемический препарат Феринжект в дозе 1000 мг внутривенно капельно однократно с последующим назначением через 1 неделю Мальтофера по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение месяца.

В течение первых 12 часов на фоне применения комбинации Виданол + диклофенак натрия у пациентки наблюдалось уменьшение объема кровопотери, снижение интенсивности болевого синдрома, а также улучшение общего состояния. На фоне стабилизации общего состояния больной под ультразвуковым контролем было выполнено рассечение и разъединение обнаруженных при диагностической гистероскопии внутриматочных синехий. С целью профилактики рецидива возникновения данной патологии в полость матки был введен противовоспалительный гель Дефенсаль. В послеоперационном периоде пациентка получала также антибиотикопрофилактику и комплексную противовоспалительную терапию.

В следующих двух менструальных циклах с целью профилактики АМК пациентка принимала с 1 по 5 день менструации Виданол по 500 мг 3 раза в сутки, а также применяла диклофенак натрия в виде супозиториев за день до начала менструации и в течение 5 дней цикла. Через 2 месяца во время очередной менструации женщине была установлена внутриматочная система (ВМС), высвобождающая ежедневно 13,5 мг левоноргестрела. При контрольном осмотре через 3 месяца после установки ВМС жалобы у пациентки отсутствовали, кровотечений и боли не было, общее состояние улучшилось.

Вышеприведенный клинический случай может служить примером эффективного и безопасного лечения тяжелой АМК у пациентки репродуктивного возраста с тяжелой соматической патологией. Назначение транексамовой кислоты в сочетании с нестероидным противовоспалительным препаратом и антианемической терапией является эффективным в лечении АМК и может применяться с целью профилактики маточного кровотечения.

Ключевые слова: клинический случай, аномальное маточное кровотечение, недостаточность митрального клапана, транексамовая кислота, Виданол, диклофенак натрия, Феринжект, Мальтофер.

ABNORMAL UTERINE BLEEDING

The clinical case

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy director for research work, chief of the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

N.V. Kosei, MD, chief researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

O.V. Zanko, postgraduate student at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

N.V. Iarotska, junior researcher at the Endocrine Gynecology Department, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"

The article describes a clinical case of severe uterine bleeding in a patient with III degree of mitral valve insufficiency after mitral valve replacement, which was placed a clinical diagnosis of abnormal uterine bleeding (AUB). Given the categorical refusal of the patient and her relatives from holding hysteroscopy the conservative haemostatic therapy was appointed.

In view of the congenital heart disease and the risks of thrombotic complications the oral contraceptive for patient was contraindicated. Therefore, for the treatment was selected the drug of tranexamic acid Vidanol at dose of 1.5 g every 8 hours for 5 days, as well as non-steroidal anti-inflammatory drug diclofenac sodium in rectal suppositories of 100 mg over 5 days. Considering the moderate secondary anemia and the severity of clinical symptoms, for patient was also appointed anti-anemia drug Ferinzhekt at a dose of 1000 mg intravenously once, followed by the appointment after 1 week Maltofer on 1 tablet 3 times a day for a month.

During the first 12 hours of treatment with the combination Vidanol + diclofenac sodium was observed a decrease in the volume of blood loss of patient, the decrease of intensity of pain, and improvement in overall condition. Against the background stabilization of the general condition of the patient under ultrasound was performed the dissection and separation of intrauterine adhesions, which were detected during diagnostic hysteroscopy. In order to prevent recurrence of occurrence of this disease was introduced anti-adhesion gel Defensal in the uterus. Postoperatively, the patient also received antibiotic prophylaxis and complex of anti-inflammatory therapy.

In the next two menstrual cycles in order to prevent of AUB the patient took from 1 to 5 day of menstruation on 500 mg of Vidanol 3 times a day, as well as suppositories diclofenac sodium one day before the onset of menstruation and within 5 days of the cycle. After 2 months at the time of the next menstruation for woman was set intrauterine system (IUS), which releasing daily 13.5 mg of levonorgestrel. At the control examination 3 months after IUS installation the patient was no complaints, no bleedings and pain, and her general condition was improved.

This clinical case is an example of an effective and safe treatment for severe AUB for patient of reproductive age with severe somatic pathology. Appointment of tranexamic acid in combination with non-steroidal anti-inflammatory drugs and anti-anemia therapy is effective in the treatment of AUB and can be used for the prevention of uterine bleeding.

Keywords: clinical case, abnormal uterine bleeding, failure of the mitral valve, tranexamic acid, Vidanol, diclofenac sodium, Ferinzhekt, Maltofer.